

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

591

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 25 juillet 1896 à 9 heures

PAR

Julien PEYRICHOU

Né à Paris le 22 Avril 1874

ÉTUDE

SUR LES

HYGROMAS DES BOURSES SÉREUSES

DE

LA FACE ANTÉRIEURE DU GENOU

Président : M. STRAUS, professeur.

*Juges : MM. { HUTINEL, professeur.
WIDAL ET POIRIER, agrégés.*

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13 RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE
PARIS

1896

591

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

102



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556005_0070

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 25 juillet 1896 à 9 heures

PAR

Julien PEYRICHOU

Né à Paris le 22 Avril 1874

ÉTUDE

SUR LES

HYGROMAS DES BOURSES SÉREUSES

DE

LA FACE ANTÉRIEURE DU GENOU

Président : M. STRAUS, professeur.

*Juges : MM. { HUTINEL, professeur.
WIDAL ET POIRIER, agrégés.*

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13 RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE
PARIS

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
	N.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeur honoraire.

M. PAJOT

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARFAN.	ROGER.
ALBARRAN.	GILBERT.	MARIE.	SEBILEAU.
ANDRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	THIERY.
BAR.	TOURETTE.	NELATON	THOINOT.
BONNAIRE.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BROCA.	HARTMANN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE	HEIM.	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	REITTERER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL.
DELBET.			WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ses dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MADAME VEUVE MESMIN

ET A SON FILS

MICHEL MESMIN

Avocat à la Cour d'appel de Paris.

A MON AMI

AUGUSTIN CAYET

Étudiant en médecine

A M. LE DOCTEUR PIERRE MARIE

A M. LE DOCTEUR BAR

A M. LE PROFESSEUR STRAUS

INTRODUCTION

La question que nous nous proposons d'étudier dans ce rapide travail, c'est certes pas une question neuve ; ce sujet a été l'objet de nombreux travaux, et il a été traité, tantôt en bloc avec les maladies des autres bourses séreuses de l'économie, tantôt séparément avec les affections des bourses synoviales du genou. Parfois même le sujet a été localisé, et a visé seulement les hygromas de la bourse séreuse prérotulienne qui ont été considérés comme les plus communs ; nous verrons dans ce travail ce qu'il faut penser de cette manière de voir.

Quoiqu'il en soit, nous envisagerons ici, tous les hygromas développés dans les bourses séreuses de la face antérieure du genou, quelle que soit leur forme ou leur variété,

Ce sujet ne nous a pas paru dépourvu de tout intérêt, puisque d'une part les hygromas de cette région sont incontestablement les plus fréquents de tous, et d'autre part parce qu'il nous semble que l'on a exagéré

l'importance de l'hygroma prérotulien qui en somme ne se rencontre pas couramment, tandis qu'on a laissé dans l'ombre et presque méconnu les hygromas de la bourse prétiibiale qui sont certainement ceux que l'on observe le plus communément.

Pour pouvoir étudier avec quelque fruit les maladies des bourses synoviales de la face antérieure du genou il nous faut naturellement rappeler leur nombre, leur disposition anatomique et leur siège précis, leurs communications possibles soit entre elles soit avec la synoviale articulaire. Ce point d'anatomie a d'autant plus sa raison d'être que ces bourses de la région antérieure du genou sont décrites différemment par les auteurs qui n'en reconnaissent pas le même nombre.

Après avoir exposé quelques considérations anatomiques indispensables nous recherchons les causes des hygromas de ces séreuses puis nous donnerons les principaux symptômes avec l'évolution clinique de chacune des variétés, en les classant et les catégorisant de la façon qui nous a paru la plus rationnelle.

Nous dirons enfin quelques mots du pronostic et du travail avant de conclure quelques observations qui ont servi de base à notre étude.

Avant d'entrer dans notre sujet, nous sommes heureux de pouvoir adresser ici nos remerciements à nos

maîtres de la Faculté libre de médecine de Lille M. le docteur Durel professeur de clinique chirurgicale M. le docteur Desplats professeur de clinique médicale pour le dévouement avec lequel ils nous ont guidé dans nos premières études médicales.

Qu'il nous soit permis de remercier tout particulièrement M. le docteur Pierre Marie : à l'Hôtel-Dieu où nous eûmes le bonheur d'être son élève, il fut pour nous un maître d'une bienveillance inaltérable qui nous émerveilla par sa vaste science et son grand talent de clinicien.

Nous remercions encore bien sincèrement M. le docteur Bar qui nous initia à la pratique des accouchements.

M. le professeur Straus a bien voulu accepter la présidence de cette thèse qu'il reçoive ici l'expression de notre profonde gratitude pour le grand honneur qu'il nous a fait.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

Avant d'aborder la description des hygromas de la face antérieure du genou, nous devons nous arrêter un moment sur les données fournies par l'anatomie, et qui seront la base d'une division rationnelle des hygromas de cette région.

Tout d'abord, quelles sont les limites du genou ?

Ces limites sont évidemment purement artificielles, car le genou à proprement parler n'est représenté que par les deux articulations femoro-tibiales et l'articulation femoro-rotaliennne réunies et soudées en une seule et même jointure.

Pour Richet (1), le genou commence où finit la cuisse et se termine où commence la jambe ; mais l'auteur précise aussitôt en disant que « la région du
« genou commence à deux travers de doigts de la rotule,
« la jambe étant dans l'extension ; inférieurement ses
« limites sont marquées par une ligne circulaire pas-
« sant immédiatement au-dessous de l'efférie du tibia. »

(1) RICHET, *Anatomie médico-chirurgicale*, (p. 946).

Tillaut, (1), de son côté, s'exprime ainsi : « Deux
« lignes passant, la première à deux travers de doigts
« environ au-dessus de la base de la rotule, la seconde
« au niveau de la tubérosité antérieure du tibia, telles
« sont les limites du genou. »

C'est donc dans la partie antérieure de cette région
ainsi délimitée que nous nous proposons d'étudier les
bourses séreuses et leurs inflammations.

Tous les auteurs n'y ont pas décrit le même nombre de bourses séreuses normales, sans parler des bourses séreuses accidentelles à sièges variables, et dues à des frottements répétés qu'entraînent diverses professions spéciales.

Nélaton (2) dans son tableau résumé des bourses séreuses et accidentelles cite parmi les premières une bourse prérotulienne, située sur la partie antéro-inférieure de la rotule et que Camper a le premier décrite ; une autre que Padiou a signalée sur l'angle supérieur externe de la rotule ; enfin une troisième située sur la tubérosité du tibia et dont nous devons la connaissance à Velpeau.

Parmi les bourses accidentelles il ne parle que d'une seule située sur la partie antérieure de la cuisse.

La plupart des auteurs, Sappey, Cruveilhier, Til-

(1) TILLAUT, *Anatomie topographique*, p. 1013.

(2) NÉLATON. *Pathologie chirurgicale*. tome I. p. 406 et 407.

laux, Richet, Testut, M. Sée dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales (Bourses séreuses). Spillmann, dans le même ouvrage (genou), etc., etc., s'attachent surtout à la description de trois bourses séreuses : Bourse sous-trécipitale, bourse prérotulienne et bourse prétilbiale.

Il faut y ajouter une quatrième bourse séreuse, décrite en France par Richet et en Allemagne par Heule (1) et Gegenbaur (2) et qui se trouvant sous le tendon rotulien porte le nom de bourse sous-rotulienne « *Bursa sub patellaris* ».

Signalons encore une dernière bourse inconstante, située sur l'angle supérieur et externe de la rotule, bourse séreuse de Padien.

1° *Bourse séreuse prérotulienne*. — C'est celle qui a surtout attiré l'attention des auteurs : située sur la face antérieure de la rotule et répondant à la moitié inférieure de cet os elle a longtemps été considérée comme sous cutanée. Les recherches de Tillaux (3) ont prouvé au contraire qu'elle est sous-aponévrotique comme le montre nettement une dissection attentive.

(1) HEULE — Traité d'anatomie (articulation) p. 144. 1872

(2) GEGENBAUR. — Traité d'anatomie humaine. Traduit par Julin 1880 p. 328.

(3) TILLAUX. — Anatomie topographique. page. 2046.

Voici la description qu'en a donné cet anatomiste :
« cette bourse séreuse n'est pas sous-cutanée ainsi
« que le disent la plupart des auteurs ; elle est située
« en arrière de l'aponévrose d'enveloppe du genou et
« et repose directement sur la rotule recouverte elle-
« même de son périoste. » La situation est donc bien
nettement déterminée. Lorsqu'on la dissèque, nous
dit le même auteur ;

« On trouve une cavité parfaitement close, le plus
« souvent uniloculaire et à parois très distinctes, qui
« occupe les deux tiers inférieurs de la face antérieure
« de la rotule, n'atteint pas tout à fait le bord interne
« de cet os et dépasse assez souvent un peu les limites
« de son bord externe son diamètre est généralement
« verticale, quelquefois traversé par une ou deux
« vésicules qui se rendent aux veines sous-cutanées. »

On y voit aussi quelquefois des cloisons fibreuses
incomplètes d'après Richet.

Mais cette bourse n'est pas toujours bien développée
et assez souvent elle n'est représentée que par trois
ou quatre grandes lacunes qui sont en communica-
tion entre elles ou restent isolées. Quelquefois même
on ne rencontre à ce niveau qu'une couche de tissus
cellulaire plus lâche et lamelleuse.

Dans d'autres cas au contraire la bourse séreuse
est très développée ses dimensions s'accroissent en
tous les sens et on la voit en bas déborder la circon-

férence de la rotule et venir recouvrir sur une étendue variable la face antérieure du tendon rotulien.

2° *Bourse séreuse de Padien* — Sa présence est inconstante comme nous l'avons dit : lorsqu'elle existe elle est constitué, par une petite cavité close, peu développée, occupant l'angle supéro-externe de la rotule elle est iniloculaire le plus souvent mais elle peut être seulement rudimentaire et formée seulement de tissus conjonctif lâche à interstices dilatés.

3° *Bourse séreuse pretibiale*. — Celle-ci est généralement assez peu développée mais bien nette. Voici ce qu'en dit Gegenbaur :

« On rencontre assez souvent aussi une bourse pré-
« tibiale (*bursa prætibialis*) contre l'épine du tibia et
« le ligament rotulien. Elle est recouverte par le
« fascia. — Au dessous de cette bourse muqueuse il
« en existe parfois encore plusieurs petites le long de
« la crête du tibia.

Dans la plupart de nos dissections cette bourse pré-tibiale nous a paru très nette et bien limitée par une paroi propre. Tantôt elle est tout à fait isolée tantôt elle communique avec les petites logettes séreuses, échelonnées sur la crête tibiale. Enfin elle peut communiquer avec la bourse prérotulienne proprement dite, comme le prouve notre observation.

4° *Bourse séreuse sous-quadricipitale*. — Beaucoup plus profondément située que les précédentes, cette

bourse séreuse est recouverte par le tendon du triceps ou mieux du quadriceps fémoral qui descend s'insérer sur la base et la face antérieure de la rotule.

Longtemps on l'a considéré comme un diverticule de la grande synoviale articulaire et s'ouvrant toujours dans sa cavité.

Mais malgré l'opposition de Sappey et de Richet, il reste bien démontré par Cruveilhier (1), Beaunis et Bouchard (2), Tillaux, Bouquet (3) et Schwartz (4), que cette bourse séreuse peut être isolée de la cavité synoviale ou communiquer plus ou moins largement avec elle. Sur quinze genoux examinés par Bouquet, quatorze fois la communication existait; une seule fois il l'a vue indépendante de l'article et parfaitement close de toutes parts.

Les recherches de Schwartz sont beaucoup plus importantes, parce que d'un côté elles tiennent compte de l'âge et que de l'autre elles portent sur un grand nombre de sujets.

Sur 210 genoux d'enfants examinés à ce point de vue (enfants pris depuis la naissance jusqu'à 6 ans), Schwartz nous dit que 145 avaient un cul de sac synovial non indépendant; 125 fois la communication était

(1) CRUVEILHIER. Traité d'anat. descriptive.

(2) BEAUNIS ET BOUCHARD. Traité d'anatomie humaine.

(3) BOUQUET. Thèse de Paris.

(4) SCHWARTZ. Mémoire du arch. générales de méd. 1880 (juillet).

large ; 20 fois elle était étroite et l'orifice était arrondi et rejeté sur le bord externe du genou ; enfin 65 fois il n'y avait absolument aucune communication, l'indépendance était complète.

Chez l'adulte, ce même auteur a constaté 11 fois sur 51 l'indépendance parfaite de cette bourse séreuse.

Cet intéressant relevé permet d'établir pour la non-communication une fréquence de 19 pour 100 chez l'adulte et de 30 pour 100 chez l'enfant, avec prédominance pour le sexe féminin (Hommes 6 fois, sur 34 ; femmes 5 fois sur 16).

Mais ces considérations laissent encore à savoir si cette cavité sous quadricipitale est bien une bourse séreuse.

N'est-ce pas au contraire un déverticule normal de la membrane synoviale du genou qui dans certaines circonstances perd sa communication avec l'article ?

Outre que pour admettre cette hypothèse il faudrait dans les cas de non communication trouver toujours des brides fibreuses inflammatoires, marquant le trajet comblé de l'ancienne communication ce qui n'a jamais été retrouvé ; on peut encore et plus sûrement écarter cette manière de voir en se basant sur les recherches d'Amodru (1) et de Schwartz (2). Le premier

(1) AMODRU, *Thèse de Paris*, 1878.

(2) SCHWARTZ, *loc. cit.*

de ces auteurs s'appuie même sur le développement de la bourse ; il l'a examinée chez le fœtus et a pu se rendre compte que son développement est tout à fait indépendant de celui de l'articulation proprement dite. D'ailleurs, Schwartz a bien pu suivre sur une série de genoux d'enfants, les différentes phases par où l'on passe pour aller de l'indépendance absolue à la large communication, elles permettent de conclure aussi à l'indépendance originelle de la synoviale et de la bourse séreuse.

5° *Bourse séreuse sous rotulienne.* — L'existence de cette dernière bourse séreuse n'est pas signalée par tous les auteurs, cependant elle existe d'une façon certaine et dans nos dissections nous l'avons plusieurs fois rencontrée. Généralement indépendante de la synoviale articulaire (Beaunis et Bouchard), cette petite bourse séreuse est située, dit Spillmann sur la partie supérieure lisse de la tubérosité antérieure du tibia, entre elle et la face postérieure du tendon rotulien qui descend prendre son insertion plus bas sur la partie inférieure rugueuse de la tubérosité antérieure du tibia. Trendelenburg (de Rostock) lui aurait imposé le nom de bourse séreuse pré-tibiale et intra-patellaire. Blandin affirme l'avoir vu communiquer une fois avec l'articulation du genou, mais c'est bien là un fait exceptionnel car cette petite séreuse généralement peu dé-

veloppée est toujours assez éloignée du cul-de-sac synovial.

Voici l'opinion de Richet à ce sujet : « Au dessous
« du tendon rotulien quel'on doit regarder comme par-
« tie constituante de l'articulation et dont l'étude spé-
« ciale doit à ce titre être rejetée plus loin, on rencon-
« tre une bourse sero-synoviale isolée qui ne commu-
« nique ni avec la cavité articulaire, ni avec la bourse
« séreuse prérotulienne et devient quelquefois le siège
« d'épanchements analogues à ceux que l'on observe
« dans cette dernière. Cette petite séreuse située vis-à-
« vis du bord supérieur du tibia paraît destinée à fa-
« voriser les mouvements des tendons sur cet os. »

Heule dans la description qu'il en donne et sur les figures où sa place est marquée, nous la représente comme remontant assez haut sur la face postérieure du tendon rotulien, et se mettant d'autre part en rapport non seulement avec la partie supérieure lisse de la tubérosité antérieure du tibia mais encore avec une étendue plus ou moins grande de la partie osseuse sus-jacente. En somme, d'après cet auteur elle acquiert un développement plus considérable qu'on ne le dit généralement. C'est aussi l'opinion de M. Poirier, comme on peut le voir dans le texte et sur les figures de son traité d'anatomie.

Ainsi donc l'anatomie nous montre, en résumé, l'existence de 5 bourses séreuses sur la face antérieure

du genou, et naturellement toutes les cinq sont susceptibles de s'enflammer et de devenir le point de départ des hygromas.

On peut les diviser en deux groupes: les bourses séreuses superficielles et les bourses séreuses profondes. Les premières au nombre de trois, bourse de pādien, bourse prérotulienne, bourse prêtibiale seront le siège des hygromas les plus fréquents tandis que les secondes, au nombre de deux seulement, bourse sous quadricépitale, bourse sous rotulienne, s'enflamment beaucoup plus rarement. D'ailleurs nous remarquons en passant que chez l'adulte la communication entre la séreuse sous quadricépitale et la synoviale du genou a tendance à s'établir et elle s'échappe dès lors aux maladies des bourses séreuses pour participer à celles de l'articulation du genou dont elle devient un simple diverticule.

CAUSES ET SYMPTOMES

D'après ce que nous avons vu dans les considérations anatomiques qui précèdent il est facile à prévoir que les hygromas de la région antérieure du genou doivent être divisés en superficiels et profonds.

Les premiers comprennent l'hygroma prérotulien et l'hygroma prétibial: la bourse séreuse de Padieu ne peut guère donner lieu à une description spéciale; outre qu'elle est inconstante, son inflammation donne lieu aux mêmes symptômes que l'hygroma prérotulien, à cela près que la tuméfaction siège à la partie supéro-externe de la rotule au lieu d'être sur la moitié inférieure de cet os.

Les hygromas profonds sont beaucoup moins fréquents et ils peuvent être divisés en hygroma sous-quatricipital et hygroma sous-rotulien.

Mais avant d'étudier la symptomatologie de ces affections, rappelons en quelques mots les notions d'étiologie qui les régissent.

Quelque soit leur siège, les hygromas ont été divisés en hygroma aigu et hygroma chronique.

L'hygroma aigu est caractérisé par l'exsudation dans la bourse séreuse d'un liquide tantôt séreux, tantôt purulent qui se collecte au milieu de phénomènes inflammatoires plus ou moins intenses.

L'Hygroma chronique lui est caractérisée par un épaissement des parois de la bourse séreuse que distend un liquide d'aspect et de quantité variable.

Telles sont les définitions données par M. Reclus (1) dans le premier volume du manuel de pathologie externe.

Ces définitions vont déjà nous permettre d'éliminer de notre description les tumeurs qui peuvent se développer à ce niveau.

Les causes de l'Hygroma aigu sont très variables ; cependant on peut dire d'une façon générale que cette infection est le résultat d'une inflammation aiguë.

Les plaies des bourses séreuses, ouvrant ces cavités à l'aide et y introduisant des éléments septiques dans certains cas sont des causes fréquemment mises en jeu ; les contusions donnent le plus souvent lieu à un épanchement sanguin dans la cavité de la bourse ; mais il suffit que ce traumatisme ait créé une petite porte d'entrée aux éléments infectieux pour que les microbes se développent sur le milieu de culture que forme le caillot sanguin et c'est ainsi qu'un hématome

(1). RECLUS, Manuel de pathologie externe ; t. I. p. 328 et 330.

de la bourse séreuse pré-tibiale par exemple pourra par l'intermédiaire de la lymphangite devenir un Hygroma suppuré.

Certaines professions agissent comme causes prédisposantes en exposant les gens qui les exercent aux traumatismes dont nous venons de parler. C'est ainsi que les parqueteurs, les botteleurs, les terrassiers, les maçons, les couvreurs, les moines contemplatifs, les religieuses etc. présentent assez souvent des Hygromas de la région qui nous occupe.

L'hygroma chronique est aussi une cause prédisposante à l'hygroma aigu, car sous l'influence d'une pression ou d'un heurt plus violent, les tissus inflammés chroniquement deviennent le siège d'un processus plus actif.

Enfin les inflammations des parties voisines et les maladies générales ont une influence qui ne peut pas être contestée. On a vu des hygromas aigus consécutifs à des furoncles, à des erysipèles, à des lymphangites parties d'une petite plaie infectée. On a cité de même plus d'une observation d'hygromas consécutifs au rhumatisme, à la goutte, à la blennorrhagie et même à l'infection purulente.

L'hygroma chronique est généralement chronique d'emblée et ne reconnaît qu'exceptionnellement pour cause un hygroma aigu primitif. Il peut pourtant succéder à l'Hygroma hématique. Ce sont les petits trau-

matismes fréquemment répétés les chocs habituels sur une bourse séreuse, les frottements continuels qui leur donnent le plus ordinairement naissance aussi les professions jouent elles ici un très grand rôle.

C'est ici le lieu de se demander si les métiers qui nécessitent de rester à genoux habituellement déterminent bien, comme on l'a dit, toujours des hygromas prérotuliens. Ce n'est pas notre avis, d'après ce que nous avons observé et nous a semblé que l'hygroma aigu ou chronique, était plus fréquemment pré-tibial que prérotulien. Voyons en effet dans la position à à genoux quelles sont sur lesquelles portent les pressions ? Pour cela suivant les mouvements de la rotule quand la jambe passe de l'extension à la flexion forcée. M. Poirier (1) a très exactement décrit les déplacements de ce cet os de la façon suivante : « Dans les mouvements de flexion et d'extension la rotule se meut
« dans la trochlée fémorale ; dans l'extension extrême sa base débordé le bord supérieur de la trochlée,
« dans la flexion extrême la rotule abandonnant la trochlée fémorale qui se trouve occupée par le tendon du quadriceps se met en rapport avec les condyles par sa partie supérieure tandis que sa partie inférieure répond au ligament adipeux qui la sépare du tibia. »

(1) POIRIER. *Loco citato*. p. 690.

Il en résulte que dans la position à genou, le corps repose surtout sur la tubérosité antérieure du tibia et le tendon rotulien ; la pointe de la rotule effleure bien le sol mais elle ne supporte qu'une faible pression et celà, surtout lorsque dans cette position on porte le poids du corps en avant, pour peu que le corps soit incliné en arrière comme cela existe dans l'attitude habituelle, la rotule n'a guère à supporter aucune pression.

Pour que la bourse séreuse prérotulienne soit influencée dans cette position il faudrait donc pencher le corps en avant, ou mettre la jambe en flexion forcée, en l'élevant au contact de la face postérieure de la cuisse. Or, on ne se met guère à genoux sur l'extrême pointe, et la plupart du temps la bourse prérotulienne échappe au traumatisme que supporte seule la bourse prétiibiale, car la séreuse sous-rotulienne est plus ou moins efficacement protégée par la saillie du tendon rotulien, tendu comme un ruban épais.

Pour se rendre compte de ce que nous avançons ici, il suffit d'explorer la région sur une personne à genoux, ou de chercher la place de la rotule dans la flexion de la jambe sur la cuisse à angle droit. D'ailleurs en se plaçant à genoux on fait très bien la différence entre les sensations que donnent d'une part l'appui tibial ordinaire, et d'autre part l'appui rotulien.

Du reste, que l'on regarde les figures représentant

le genou en flexion et en flexion forcée, dans l'ouvrage de Heule (1) et on trouvera la démonstration de ce que nous venons de dire.

Reste à savoir la cause intime de l'inflammation et de l'épanchement. Il est clair que le traumastisme a un rôle de première importance dans la production des hématones des bourses séreuses que Chassaignac (2) dérit sous le nom d'hygromas hématiques ; le choc entraîne la rupture des petits vaisseaux, surtout s'il s'agit d'une séreuse chroniquement enflammée et qui a été le siège de néoformation vasculaire.

Toutefois d'après Chassaignac, l'hémorrhagie peut bien que très rarement, avoir lieu sans violence, ici comme dans les séreuses vraies.

Lorsque l'Hygroma est suppuré, il faut incriminer un agent septique quelconque ; tantôt celui-ci aura été porté directement dans la cavité séreuse par un instrument piquant, tranchant, etc. (*plaies des bourses séreuses*). Tantôt gagne la bourse séreuse par la voie lymphatique (*Erysipèles, affections de voisinage, furoncles, etc.*). Il peut pénétrer par une simple éraillure de la peau. Enfin il peut être apporté par voie san-

(1) HEULE, *Anatomie humaine, Arthrologie*, (fig. 113, 116, 130), (p. 138, 139, 135), 1872.

(2) CHASSAGNAC, Bourses séreuses, *indict. encyclop. des se. médic.* (p. 383. T. X. 1^{re} série).

guine comme dans les Hygromas consécutifs à l'infection purulente et certains Hygromas tuberculeux.

Mais lorsque l'épanchement est simplement séreux, qu'elle cause faut-il invoquer ?... Peut-être y a-t-il là aussi un élément microbien à incriminer, mais d'une érudence moindre. Mais ce n'est là qu'une vue théorique une hypothèse pure qui demanderait la confirmation bactériologique ; or il n'a pas été fait que nous sachions beaucoup d'examens bactériologiques, de cultures en d'inoculation avec le liquide des Hygromas séreux, lorsqu'on a pris le parti de les fonctionner de les ouvrir ou de les extirper. L'avenir pourra peut-être nous donner une certitude, en apportant des résultats positifs.

Nous ne nous arrêterons pas dans ce travail forcément limité à l'anatomie pathologique de l'Hygroma aigu ou chronique de la région antérieure du genou. Elle ne présente absolument rien de spécial, et tout ce que les auteurs ont dit à ce sujet pour les Hygromas en général, s'applique naturellement à ceux qui nous occupent.

Il est toutefois un fait que nous tenons à signaler avant d'étudier les symptômes, c'est que les hygromas superficiels sont au genou beaucoup plus fréquents que les hygromas profonds, et qu'ils sont plus souvent aigus que ces derniers.

Nous examinons successivement les hygromas

aigus et les hygromas chroniques, puis nous terminerons en signalant les différences produites par le siège de la bourse séreuse atteinte.

Les hygromas aigus de la région antérieure du genou ont un début assez rapide, et marqués par une symptomatologie très simple. A la suite d'une des causes que nous avons vu être susceptibles d'engendrer cette affection, la peau devient rouge, chaude et douloureuse; les mouvements de flexion du genou sont un peu sensibles. En même temps il y a quelques phénomènes généraux généralement peu intenses et fugaces, fièvre modérée, troubles intestinaux, céphalalgie soit vive : cette réaction générale est souvent due à la maladie qui a provoqué l'hygroma (rhumatisme, etc.) qu'à l'affection locale elle-même, car lorsqu'un hygroma aigu simple d'origine traumatique débute, ces symptômes généraux sont à peine ébauchés ou même font complètement défaut comme dans l'observation I. On voit alors apparaître la tuméfaction, siégeant au niveau d'une des bourses séreuses dont nous avons précédemment donné la description et indiqué le siège précis. Tumeur bien limitée, mate, fluctuante irréductible et douloureuse, tels sont les caractères locaux de ces hygromas.

La fluctuation y est généralement très nette ; cependant elle varie un peu avec le contenu de la poche et la disposition anatomique. Elle est moins nette dans

l'hygroma multiloculaire que dans l'uniloculaire. Dans *l'hygroma hématique*, il n'y a de fluctuation bien nette qu'au début alors le sang n'est pas encore coagulé ; mais lorsque le caillot est formé, on constate une tuméfaction de consistance molle et donnant à la pression la sensation particulière de la crépitation neigeuse, amidonnée produite par l'écrasement des caillots sanguins. Plus tard si l'hygroma passe à l'état chronique, la fluctuation reparait plus nette bien que les parois de la séreuse soient épaissies et doublées de dépôts fébrileux stratifiés ajoutons que dans ces cas la tumeur n'est pas transparente et qu'il existe une teinte ecchymotique des téguments.

Après ce début, l'inflammation s'apaise généralement et il ne persiste guère que la tumeur devenue presque indolente et gênante un peu les mouvements de flexion du genou par son volume, c'est là ce que l'on observe dans *l'hygroma séreux* qui peut se terminer par résolution, progressivement, ou passer à l'état chronique, à moins que l'extrême tension des tissus ne détermine le sphacèle des téguments et l'ouverture de la séreuse au dehors. Il s'écoule alors un liquide séreux citrine, transparent ; puis la poche suppure et se comble par bourgeonnement, à moins qu'une fistule ne s'organise, avec des bords épaissis, généralement durs et calleux.

Mais à côté de l'hygroma hématique et de l'hygro-

ma séreux, il en existe une troisième variété, l'hygroma purulent,

L'hygroma purulent s'accompagne des signes habituels des collections purulentes. Les symptômes généraux sont plus accusés au moment où le pus se forme et se collective ; la rougeur augmentent, il y a de l'œdème des téguments et la douleur est vive, pulsative. Si le chirurgien n'intervient pas alors, la tumeur s'ulcère et laisse échapper au dehors un pus quelquefois séreux, plus souvent épais et floconneux. Mais cet orifice spontané insuffisant pour l'évacuation de la collection purulente ; les parois fragile de la séreuse cèdent et le pus s'infiltré dans le tissu cellulaire environnant, donnant naissance à un phlegmon diffus plus ou moins étendu. Cet envahissement des parties voisines peut avoir lieu même avant l'ouverture spontanée à l'extérieur. On comprend la gravité de ce mode d'envahissement lorsque la bourse séreuse est contiguë à la synoviale articulaire comme cela existe sous le tendon du quadriceps.

Largement incisé, l'hygroma suffuré se termine comme l'hygroma séreux ouvert à l'extérieur.

Il va sans dire que lorsque la suppuration d'une des bourses séreuses de la face antérieure du genou relève d'une infection générale comme l'infection purulente, les symptômes graves de la maladie causale masquent

ceux de la localisation qui ne se révèle que par les signes physiques.

Les hygroms chroniques peuvent succéder aux hygromas aigu et particulièrement à l'hygroma hématique ; mais plus ordinairement ils se développent d'une façon lente et insidieuse. Les téguments sont soulevés progressivement par l'accumulation de liquide dans la bourse séreuse et l'on constate, en l'absence de symptômes généraux, une tumeur assez régulière tout à fait indolore. La fluctuation est évidente malgré l'épaississement des parois, et quelquefois même la transparence existe. Il n'est pas rare de percevoir ici une crépitation neigeuse, amidonnée spéciale qu'il ne faut pas confondre avec la crépitation sanguine. Elle est due soit au frottement l'une contre l'autre des parois épaisses, rugueuses, incrustées de sels calcaires, soit à la présence de corps étrangers, plus ou moins durs, parfois graisseux et sur Chassaignac (1) a insisté.

Le liquide contenu dans ces hygromas simples peut être transparent et citrin, ou filant et visqueux comme de la synovie, d'autres fois il est trouble, contient des grumeaux fibrineux et des caillots sanguins, il peut prendre des colorations variables dues aux métamorphoses de l'hématine.

(1) CHASSAIGNAC. *Moniteur des hôpitaux*. 20 septembre 1853. *Soc. de chir.* séances du 29 juin 1853 et du 22 septembre 1845.

Dans quelques cas les symptômes sont un peu différents de ceux que nous avons décrits ; nous voulons parler des hygromas chroniques tuberculeux, dont nous avons vu un bel exemple dans le service de clinique de M. le professeur Le Dentu à l'hôpital Necker (observation II.)

Ici, il n'est pas rare de constater une douleur vague et sourde au niveau de la tumeur : celle-ci est fluctuante aussi, mais on ne peut percevoir un empatement plus ou moins accusé, dû aux modifications des parois et à des fongosités dans la bourse synoviale. Le contenu est alors du pus séreux, mal lié, contenant des grumeaux froids ordinaires. Ces hygromas tuberculeux peuvent être le résultat de la propagation d'une ostéite tuberculeuse ou d'une tuberculose quelconque de voisinage : ou bien, plus rarement il est vrai, il s'agit d'une localisation primitive du bacille de Koch sur la petite séreuse. Le diagnostic reste dans ces cas très difficile à poser d'une façon précise ; cependant l'existence d'un point douloureux persistant ; la constatation d'autres lésions tuberculeuses en évolution ou guéries avec les symptômes que nous avons indiqués plus haut, mettront sur la voie du diagnostic. L'auscultation attentive des sommets des poumons, la recherche soigneuse des antécédents personnels et héréditaires seront évidemment ici d'un grand secours.

Quant au siège, on peut diviser les hygromas de la face antérieure du genou en superficiels et profonds comme nous l'avons dit précédemment. Les hygromas superficiels sont prérotuliens ou prétibiaux. Le siège de la tumeur permettra facilement de les distinguer, les premiers répondant à la partie antéro-inférieure de la rotule, les seconds à la tubérosité antérieure du tibia et à l'extrémité inférieure du tendon rotulien qui s'y fixe. Cependant nous ferons remarquer que la communication entre ces deux bourses est possible lorsqu'elles sont très développées; dans notre observation III, nous l'avons constaté d'abord à l'examen du malade, puisque la tumeur était bilobée et que l'on pouvait réduire en partie le pus de la séreuse prétibiale dans la bourse prérotulienne et inversement; ensuite à l'opération où nous avons vu intronuire un stylet dans l'orifice de communication entre les deux poches.

Quoiqu'il en soit, dans les hygromas superficiels, la tuméfaction est très nettement accusée, généralement régulière et hémisphérique; de plus au palper comme à la vie nettement sous-cutanée.

Les hygromas profonds peuvent être *sous quadricipitaux et sous rotuliens*.

L'hygroma de la bourse séreuse sous quadricipitale est rare. Il donne lieu à une tumeur moins accusée plutôt étalée qu'hémisphérique; la poche est compri-

mée et aplatie par le tendon et son grand axe est ordinairement taansversal malgré sa situation relativement profonde, la fluctuation y est facile à sentir ; mais la tumeur est immobilisée par la contraction du muscle.

L'absence de réductibilité, l'absence d'épanchement articulaire avec soulèvement de la rotule, conduisent sûrement au diagnostic.

Quant à l'hygroma sous-rotulien, il est facile à reconnaître par les particularités suivantes :

1^o Il soulève au repos le tendon rotulien.

2^o Il est fixé par la tension de ce ligament.

3^o Dans la flexion de la jambe le tendon rotulien aplatit la tumeur sur la ligne médiane, et lui fait prendre un aspect bilobé, le liquide reportant de chaque côté du ligament là où les parties molles sont le moins résistantes.

Ajoutons encore avant de terminer que la gêne fonctionnelle due au volume de la tumeur sera plus accusée dans les hygromas profonds que dans les hygromas superficiels, qui s'explique sans difficulté.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

D'après ce que nous venons de voir, le pronostic des hygromas de la région antérieure du genou, est devenu beaucoup moins grave d'une façon générale qu'il ne l'était jadis. En effet les données nouvelles que la chirurgie doit aux recherches bactériologiques, l'ère antiseptique ont permis de traiter plus efficacement ces affections et d'éviter leurs complications les plus graves,

Toutefois le pronostic reste plus réservé dans les formes purulentes que dans les formes séreuses, à cause de la possibilité d'un phlegmon diffus si l'affection n'est pas traitée à temps.

De même les hydromas profonds sont plus graves que les hygromas superficiels, à cause de leurs communications avec la synoviale du genou. Nous avons vu en effet que la bourse sous-rotulienne, pouvait parfois communiquer avec la cavité articulaire ou lui devenir contiguë ; mais c'est surtout l'hygroma de la bourse sous quadricipitale qui doit faire réserver le pronostic ; cette bourse séreuse a tendance à venir avec le

temps couvrir spontanément dans le cul-de-sac supérieur de la synoviale, à plus forte raison lorsqu'elle sera enflammée ou suppurée. La rupture dans l'articulation sera donc d'autant plus à craindre, que le sujet atteint de cette variété d'hygroma sera plus âgé.

Est-il encore besoin d'ajouter que la tuberculose des bourses séreuses est plus grave que les autres formes, et que les hygromas consécutifs à des infections générales, à l'infection purulente en particulier ont le même pronostic que l'affection causale dont-ils ne sont en somme qu'une épisode plus ou moins banal ?

Il nous reste à envisager rapidement la question de la thérapeutique. Les progrès de la chirurgie doivent il autoriser aujourd'hui à extirper les bourses séreuses malades, dans tous les cas ? nous ne sommes pas de cet avis. Dans nombre de circonstances, l'intervention sanglante est parfaitement inutile et ne doit pas être tentée. Ainsi nous avons dans l'observation II notre malade guérir rapidement avec une compression bien faite.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un hygroma non suppuré, quelle qu'en soit d'ailleurs la variété il faut essayer de la compression. — Le pansement ouaté compressif est ici d'une application simple et facile ; il réussit souvent, mais il existe encore un autre procédé remarquable par la rapidité des résultats qu'il

fournit ; nous voulons parler de la bande élastique. Nous avons vu sous son influence se résorber des épanchements sanguins énormes, consécutifs à des traumatismes divers du genou, à des fractures de la rotule, etc. Il faut donc l'essayer, mais en ayant soin de ne pas serrer la bande élastique ; elle doit être appliquée exactement de façon à ce qu'elle vienne et rien de plus, sans quoi elle devient nuisible et n'est d'ailleurs pas supportée par les malades.

Cette méthode n'est pas efficace pourtant dans tous les cas ainsi, certains hygromas de date ancienne aux parois épaissies et infiltrées de sels calcaires ne sauraient en bénéficier c'est alors à la ponction suivie d'injections modificatrices (teinture d'iode, solution antiseptiques), qu'il faut recourir en pareil cas, quitte à revenir à l'extirpation si ces tentatives restent infructueuses.

Dans l'hygroma suppuré, il n'est pas d'hésitation permise ; il faut, sans retard, ouvrir largement la séreuse malade, car on ne saurait échapper à ce principe général « ubi pus, ubi evacua ». C'est donc à l'incision et au drainage qu'il faut se rallier dans ces cas ; cette méthode prévient la menace de phlegmon diffus si elle est employée de bonne heure.

Quand à la tuberculose des bourses séreuses de cette région, elle nécessite l'extirpation totale des parois, à moins que l'État général du malade ne s'y

oppose formellement. Mais souvent cette variété de tuberculose, peu fréquente d'ailleurs, est une infection locale qu'il faut aborder, par une intervention rapide et précoce, ayant pour but idéal de supprimer un foyer d'infection tuberculeuse avant que l'organisme entier n'ait pu s'y contaminer. En un mot il faut opérer de façon à prévenir autant que possible la généralisation, si redoutable en matière de tuberculose.

En somme, quatre méthodes restent en présence : *La compression* qui est un excellent moyen, réalisé le mieux avec la bonde élastique.

L'incision simple ou cruciale large est encore suffisante, mais nécessaire lorsque le liquide est purulent bien localisé dans la séreuse ou diffuse dans les tissus voisins. Enfin l'extirpation totale dans les cas de tuberculose localisée ou d'hygroma chronique simple n'ayant pas cédé à la ponction avec désinfection et lavage de la poche enflammée.

OBSERVATION I

Le nommé Jean Bouc..., 31 ans, vient à l'hôpital Necker consulter dans le service de M. le professeur Le Dentu, le 20 avril 1896.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Ce malade aurait eu le choléra il y a 15 ans, et à la suite de cette maladie aurait présenté quelques phénomènes cérébraux fugaces. — Il a la voix enrouée d'une façon habituelle (Laryngite professionnelle) son métier à la Bourse l'obligeant à crier beaucoup.

Histoire actuelle. — Le 8 mars, en patinant, le malade tombe sur les deux genoux ; mais c'est surtout le genou droit qui reçoit le premier choc par contact du sol. — Le malade n'est pas tombé à genoux, mais il est tombé le corps en avant et les avant-bras et les mains ont porté assez violemment sur la glace, moins pourtant que le genou droit.

Nous ferons remarquer que dans cette position, le choc devait atteindre la bourse prærotulienne plutôt que la bourse prætibiale. C'est d'ailleurs ce qui est arrivé.

Malgré la douleur très vive sur le moment, le malade a pu se relever et marcher seul. Il s'est produit un léger gonflement mal limité de la face antérieure du genou,

sans tumeur nette et apparente. Ecchymose légère au niveau du point traumatisé.

Une semaine se passe ainsi, le malade allant à ses affaires et marchant presque sans gêne au bout de trois jours. Vers la fin de la semaine le malade sent une douleur assez vive à la région antérieure du genou ; les mouvements étendus de la jointure la flexion surtout, lui sont pénibles. Il constate alors la formation d'une tumeur arrondie occupant le siège exact qu'elle a encore actuellement, mais moins grosse. Cette tuméfaction a augmenté peu à peu et est devenue très douloureuse ; elle gêne beaucoup la marche.

Actuellement on constate sur la face antérieure du genou une grosseur qui repose sur le devant de la rotule. Cette tumeur est parfaitement arrondie du volume d'une mandarine ; la peau qui la recouvre n'est pas modifiée pas d'œdème ni d'élévation notable de la température locale. Cette tumeur absolument irréductible et mate, est manifestement fluctuante. Elle est le siège d'assez vives douleurs.

Les mouvements sont très gênés ; le malade ne peut fléchir que très peu la jambe ; encore ce léger mouvement est-il très douloureux. Il marche sans trop souffrir, mais il éprouve beaucoup de difficulté à descendre les escaliers.

On porte le diagnostic d'hygroma de la bourse séreuse prérrotulienne, non suffuré. Bien que le malade ait déjà fait dit-il de la compression avec une bande de toile on décide d'essayer de la compression ouatée bien faite pen-

dant quelques jours, réservant alors la possibilité de pratiquer une ponction évacuatrice ou l'extirpation de la bourse séreuse si la tuméfaction n'a pas tendance à disparaître.

Le 5 mai. Le malade revient à l'hôpital. Après avoir enlevé le bandage compressif, on voit que l'hygroma est moins volumineux et moins tendu : il a diminué de près de moitié. La flexion de la jambe est aujourd'hui beaucoup plus facile et plus étendue ; elle est encore un peu douloureuse nouveau bandage ouaté.

Le 12 mai. On enlève le pansement. La tuméfaction prœrotulienne a complètement disparu. Les mouvements sont absolument libres, et non douloureux ; tout au plus reste-t-il un peu d'épaississement des téguments prœrotuliens.

Depuis ce moment la guérison s'est maintenue parfaite.

Toute l'Evolution de cet hygroma paraît avoir été apyrétique.

OBSERVATION II

Charles M..., âgé de 38 ans, terrassier, entre le 2 mars 1896 à l'Hôpital Necker, salle Malgaigne n° 2 dans le service de M. le professeur Le Dentu.

Accidents héréditaires : nuls.

Antécédents personnels. — Ce malade a toujours eu une très bonne santé. Il est quelque peu éthylique.

Histoire actuelle. — Il y a huit jours cet homme s'est contusionné le genou gauche en tombant sur un bloc de pierre ; il s'est fait une petite érosion superficielle en avant de la partie inférieure du genou.

La douleur n'a pas été très vive au moment de l'accident ; mais le lendemain le malade a remarqué une grosseur au niveau de la tubérosité antérieure du tibia.

Deux jours après il a eu de la fièvre et la région tuméfiée est devenue un peu rouge et douloureuse à la pression. Le gonflement a augmenté assez vite ; il s'est étendu et a pris la forme d'un fer à cheval à concavité supérieure, encadrant la pointe de la rotule, et plus accentué en dedans qu'en dehors.

Le 3 mars, on constate un gonflement énorme dans la région sus-indiquée. La peau est rouge et chaude, l'examen très douloureux. La petite érosion existe encore et l'épiderme est soulevé à ce niveau formant une petite phlyctène séro-purulente peu étendue. La tumeur est liquide et nettement fluctuante, surtout vers la tubérosité antérieure du tibia avec les téguements ont une teinte violacée et sont amincis.

Autour de la région malade, il y a des infiltrations œdémateuses assez étendues.

Les mouvements sont impossibles à cause de la douleur qu'ils entraînent ; mais l'articulation du genou est certainement hors de cause, la rotule n'est pas soulevée les culs-de-sacs synoviaux ne sont pas gonflés : pas de choc rotulien,

On porte le diagnostic d'hygroma suppuré de la ré-

gion praetibiale, la petite érosion des téguments ayant été la porte d'entrée des éléments septiques et le point de départ de la suppuration.

Le jour même, il est fait une incision verticale de quatre à cinq centimètres sur la partie la plus saillante et la plus décline de la tumeur, et se déterminant un peu au dessous de la tubérosité antérieure du tibia. Il s'écoule une assez grande quantité de pus crémeux, bien lié, mêlé de quelques stries de sang. Deux drains sont placés dans cette ouverture, l'un se dirigeant en haut et en dehors, l'autre en haut et endedans.

Le pus examiné au microscope et cultivé sur bouillon et sur gélose contenait deux espèces microbiennes : du staphylocoque doré et du streptocoque.

Le 10 mars, injection d'eau phéniquée faible dans la poche abcédée.

Le 13 mars, l'écoulement purulent dans le pansement est maintenant très faible ; on enlève les drains et on introduit par la plaie une petite mèche de gaz iodoformé.

L'état général est excellent. Pas de température.

Le malade quitte l'hôpital pour aller à Vincennes le 18 mars 1896 ; sa plaie est complètement cicatrisée et les mouvements de son articulation sont tous parfaitement libres.

OBSERVATION III

Jules D..., âgé de 65 ans, journalier entre à l'Hôpital Necker le 17 février 1896, dans le service de M. le Professeur Le Dentu, salle Malgaigne n° 5.

Antécédents héréditaires. nuls.

Antécédents personnels. N'a jamais eu que la variole en 1853.

Histoire actuelle. Ce malade a reçu le 14 octobre 1895 un coup de pied de cheval sur le devant de la jambe gauche à l'union de son tiers moyen avec son tiers inférieur. Il a eu là une assez large plaie contuse pour laquelle il a été soigné à la consultation de Necker. Il n'y a que huit jours que la plaie, est complètement cicatrisée, c'est, dit le malade, à partir de ce moment qu'il a commencé à souffrir du genou ; mais nous noterons que cet homme porte sur le genou des traces de grattage énergique, une série de coups d'ongles créant autant de porte d'entrée à l'infection il n'y a eu aucun traumatisme du genou.

La région prétiibiale supérieure s'est tuméfiée assez rapidement ; en trois jours, dit le malade, puis une seconde grosseur s'est produite le quatrième jour devant la rotule ; au moment de son entrée, quand nous examinons cet homme, nous constatons une tumeur en bissac, verticale dans son ensemble, bien que la collection inférieure fut allongée en travers ; ces deux grosseurs sont liquides manifestement, car la pression sur l'inférieure

la vide en partie tandis que la supérieure augmente et se tend,

La douleur est vive depuis quatre jours il y a de l'œdème, de la rougeur et plusieurs petites phlycténas sur les parties inférieures et moyennes de la région tuméfiée.

Le jour même on fait une incision verticale sur la tumeur inférieure ; il s'écoule du pus phlegmoneux franc en assez grande quantité, qui s'était collecté dans la bourse séreuse prétiibiale ; par cette même incision le second foyer qui siégeait dans la bourse pérotulienne se vide et le stylet décèle sans peine l'orifice de communication entre ces 2 cavités séreuses. Comme le foyer supérieur avait un prolongement externe assez étendue on fait à ce niveau une contre ouverture et on draine.

Les suites ont été localement assez simples : lorsque le 8 mars 1896, il a été pris d'un délire subit avec agitation très vive, sans que sa température ni ses urines puissent en donner une explication.

Le 12 juin, il a été emmené par sa femme, qui n'a pas voulu le laisser à l'hôpital.

Revu depuis, il a guéri, et chez lui son délire s'est calmé au bout de deux jours.

OBSERVATION IV (résumée)

Auguste P..., maçon, âgé de 20 ans, entre à l'hôpital Necker le 13 janvier 1896, dans le service de M. le professeur Le Dentu, salle Malgaigne n° 2.

Ce malade qui avait des antécédents de famille tuberculeux bien nets (mère morte phthisique. Père a eu des ostéites bacillaires), entre à l'hôpital pour une tuméfaction peu douloureuse qu'il porte au devant de la jambe, au niveau de la partie supérieure. Cette grosseur a grossi peu à peu, sans que le malade ait jamais beaucoup souffert. — Au début, la grosseur se trouvait exactement sur la tubérosité tibiale antérieure mais en prenant de l'extension elle est un peu remontée sur la face antérieure du tendon rotulien, et surtout elle s'est accrue transversalement, de sorte qu'aujourd'hui elle forme une concavité supérieure embrassant le genou.

A l'examen du malade, on constate une tumeur fluctuante à grand axe transversal ; elle est superficielle et recouverte par des téguments mobiles et non modifiés. Dans la profondeur, on sent un empâtement assez marqué et la pression révèle un point douloureux bien net sur la tubérosité antérieure du tibia droit. — On pense en conséquence, à un abcès froid ayant pour origine un point d'ostéite tuberculeuse sur le tibia au niveau du point douloureux. M. Le Dentu réserve pourtant le diagnostic et pense à la tuberculose de la bourse séreuse à cause de la forme de la tumeur.

D'ailleurs, au sommet droit la respiration est suspecte, moins pure et rude qu'au sommet gauche Il y a là aussi un peu de subnatité et un peu d'exagération de la traussonance pulmonaire.

Le 17 janvier, on opère le malade ; on trouve une collection de pus ayant les caractères du pus tuberculeux,

mais on ne trouve pas de point osseux dénudé ; on extirpe alors la poche de l'abcès tuberculeux qui s'était développé dans la bourse séreuse pré-tibiale.

La plaie touchée en chlorure de zinc est renfermée et se réunit par première intention.

Le 26 février, le malade appelle notre attention sur une douleur qu'il ressent dans la main gauche au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index, on constate une augmentation de volume de l'extrémité distale du métacarpien qui est nettement atteint d'ostéite tuberculeuse. Le malade sentait quelque chose de ce côté depuis deux mois déjà, mais il n'y avait pas pris garde, préoccupé qu'il était seulement par la grosseur qu'il portait au genou droit. On lui met des pointes de feu et il quitte l'hôpital le 5 mars 1896.

OBSERVATION V.

Un aliéné ayant fait une chute, fut amené dans mon service à Bicêtre : la cuisse, au-dessus du genou gauche, offrait un gonflement considérable ; mais, après mon examen, je décidai qu'il n'y avait là qu'une forte contusion, et le malade fut traité en conséquence.

D'autres lésions plus graves entraînèrent la mort au bout de quelques semaines, quand déjà la cuisse avait à peu près repris son volume naturel. Quel ne fut pas mon étonnement en palpant cette cuisse avant d'en faire l'autopsie, de trouver, au-dessus du genoux une saillie brus-

que de près de 2 cent. dure et résistante, et qui faisait suite, sans aucune inégalité, à la face intérieure de l'os. Je ne pouvais expliquer cette saillie que par une fracture avec déplacement du fragment inférieur, en arrière ; mais, comment avais-je pu méconnaître pendant la vie ?

La dissection éclaircit toutes choses ; immédiatement au-dessus de la capsule un épanchement sanguin, s'était fait dans le tissu cellulaire situé entre l'os et le tendon du triceps. Cet épanchement devenu concret et dur, allait en mourant vers le haut ; de telle sorte qu'à travers les téguments rien ne le distinguait de l'os même ; tandis qu'en bas la capsule l'interrompait brusquement ; et de là la saillie qui m'avait donné tant de souci. La fémur était d'ailleurs dans une complète intégrité.

OBSERVATION VI

Alfred G.,, 17 ans, briquetier, aspect d'une bonne santé sans avoir une très forte constitution.

Le 1^{er} février 1845, il tomba en trainant une brouette et ressentit une forte douleur au-dessus du genou gauche. Il ne peut continuer à travailler, souffrit beaucoup les jours suivants et entra le 8 février salle Sainte-Marthe n° 17.

La douleur était vive, et de temps en temps lancinante il y avait du gonflement en avant du tibia, à 1 décim. au dessous de la rotule. Les mouvements du genou se fai-

sait sans douleur. La santé et l'appétit restaient bons. La tuméfaction augmenta.

Le 10 M. Roux fit une incision de 4 centim. et donna issue à trois ou quatre cuillerées de pus épais sans aucun mélange de sang; le tibia était à nu au fond de l'incision.

D'autres foyers furent ouverts au-dessous et sur les côtés de l'articulation.

Le 20 celle-ci était douloureuse, remplie de liquide et un abcès ouvert le 24, au niveau du condyle externe pénétra directement dans son intérieur. Un petit foyer isolé fut ouvert au tiers inférieur de la cuisse.

En pressant en arrière du mollet, on faisait venir du pus par toutes les ouvertures à la fois et l'on remarquait de nombreux pertuis dans les parois de la première ouverture dont l'aspect était lardacé. Un vaste décollement avait nécessité la prolongation de cette incision plus bas. Le malade était très faible, la peau chaude et humide, soif ardente.

7 mars, M. Roux pratiqua l'amputation de la cuisse, seule ressource désormais. La section de la peau ne put être faite que vers le milieu de la cuisse à cause de l'incision qui avait été faite immédiatement au-dessous. A la longue, la santé et les forces reparurent, et le 29 juillet il sortit en marchant avec des béquilles.

OBSERVATION VII

Thèse de THUILLIER. Paris 1856.

Le 25 novembre 1854, hôpital de la Charité, salle Sainte-Catherine n° 20, salle de M. le professeur Velpeau est entrée la nommée X... Cette femme est tombée de sa hauteur et dans sa chute sur le genou droit a porté contre une grosse pièce de bois. La malade a beaucoup de peine à se relever et n'a pu marcher après l'accident; transportée à l'hôpital, on constate d'abord qu'il n'y a aucune fracture.

Une large ecchymose fait soupçonner la présence d'un grand épanchement, par le toucher on trouve de la fluctuation et de la crépitation sanguine.

Rien dans l'articulation. Des compresses d'eau blanche sont appliquées et un bandage roulé exerce une compression exacte, Le bandage est retiré au bout de six jours, l'infiltration sanguine est moins étendue, on applique de nouveau un bandage roulé compressif. Au bout de quelques jours. M. Velpeau ayant examiné le membre, et voyant que la bosse sanguine ne se résolvait pas, voulut infiltrer le sang dans les parties voisines se proposant de disséminer le liquide dans le tissu cellulaire environnant et de transformer l'épanchement en une simple ecchymose. Pressant sur un côté de la tumeur avec la paume de la main, et appuyant fortement le pouce sur l'autre

côté le chirurgien la fait disparaître complètement. Le bandage compressif fut réappliqué et au bout de trois jours la malade fut guérie. Il reste simplement une sorte de noyau induré à la place de la bosse sanguine. La malade quitte l'hôpital le 17 décembre 1854.

OBSERVATION VII.

(Thèse de M. COUVREUR. Paris 1861.)

Le nommé R..., charbonnier, d'un tempérament lymphatique est entré le 12 février 1859 à l'Hôtel-Dieu salle Saint-Jean. Ce malade nous raconte qu'il y a deux mois, il a fait une chute sur le genou gauche ; il a éprouvé immédiatement une douleur vive, qui s'est dissipée peu à peu au bout de quelques jours. Il a repris néanmoins son travail ; mais il éprouvait toujours un peu de gêne pendant la marche.

Le genou alors n'offrait pas de tuméfaction notable ; mais au bout de quelques jours à la suite d'une marche forcée la douleur a augmenté, la tuméfaction est devenue plus considérable.

La douleur et la tuméfaction augmentèrent ainsi progressivement pendant deux mois ; c'est alors que le malade entra à l'hôpital.

A la visite on trouve le genou notablement tuméfié ; la palpation fait reconnaître la présence d'un liquide qui distend les téguments, la fluctuation y est facile à perce-

voir. La rotule est déplacée elle est refoulée en bas ; elle est appliquée sur les condyles, preuve manifeste que l'épanchant ne siège pas dans l'articulation ; le condyle interne et la tubérosité interne du tibia sont masqués par tumeur volumineuse, fluctuante qui s'avance en avant au-dessus de la rotule. Cette tumeur est peu douloureuse, la peau qui le recouvre n'est ni colorée, ni chaude ; les mouvements de l'articulation sont conservés ; ils sont seulement gênés. Les os ne paraissent pas malades, leur volume n'est pas augmenté.

20 février. On fait une ponction ; il s'échappe d'abord un flot de pus, puis un liquide roux noirâtre contenant quelques caillots fibrineux blanchâtres.

Le chirurgien pratique une contre-ouverture vide complètement le foyer, et injecte une solution moyenne d'iode.

Le 21. Rien de nouveau, le malade va bien, il s'écoule un liquide purulent et séro-sanguin trouble.

Cataplasmes.

Le 14 mars. Le recollement étant à peu près complet et la suppuration à peu près tarie, le malade reçoit sont exeact.

OBSERVATION XI.

Thèse de Paris par M. COUVREUR.

Louis S..., 54 ans, peintre entré le 4 mai 1858 a l'hôpital de la Charité salle Sainte-Vierge n° 42.

Ce malade ne répond qu'imparfaitement aux questions qu'on lui adresse ; il ne peut indiquer le jour, où lui est survenu l'accident qui l'amène à l'hôpital. On apprend cependant que quelques jours avant son entrée, il a fait une chute d'environ deux mètres sur le genou droit ; cette chute a amené immédiatement une tuméfaction assez notable.

On constate à la visite un gonflement assez uniforme occupant le devant de la rotule qu'il déborde en haut ; il s'étend à la partie latérale et interne du même os. Le gonflement s'avance aussi un peu dans le creux poplité où il paraît œdémateux. La peau qui recouvre cette tuméfaction est douloureuse à la pression, elle est chaude, rouge dans toute l'étendue ; elle offre une couleur violacée à la partie interne de la rotule ; en la palpant, on sent une mollesse particulière qui est due probablement à la présence de caillots.

La tumeur n'est pas facile à limiter : il existe au pourtour un certain empâtement ; en ces points la peau présente quelques traces d'ecchymoses.

La fièvre est intense, le malade a du délire, M. Velpeau ouvre largement la poche au-devant de la rotule. Il s'écoule d'abord un léger flot de pus, mêlé de quelques stries de sang puis une quantité assez abondante (3 verres environ) de liquide roussâtre, couleur chocolat très fluide, mêlé de quelques caillots. On avait donc affaire à un vaste abcès hématique du genou.

Diète. Cataplasmes.

6 mai. Le malade n'a plus de délire, il y a peu de fièvre ;

le pus est encore coloré par une assez grande quantité de sang.

Les jours suivants, le foyer se déterge, la suppuration est devenue moins abondante, les parois de la poche commencent à se recoller, lorsque le malade le 15 mai est pris d'accidents singuliers, légère paralysie des deux côtés, respiration bruyante, incohérence des idées. Ces symptômes vont s'aggravant, et le malade meurt le 18.

Autopsie. On trouve une exudation séro-sanguinolente dans la cavité de l'arachnoïde ; dans le ventricule moyen, on voit un foyer hémorrhagique d'un volume environ d'une noix.

La dissection du genou montre un décollement assez étendu de la peau. il existe dans la cavité du pus d'assez bonne nature ; le recollement des parois était déjà commencé. Les os ne sont nullement altérés.

CONCLUSIONS

En terminant ce travail nous vous résumerons dans les remarques suivantes qui sont nos conclusions.

1^o Il existe cinq bourses séreuses dans la région antérieure du genou ; deux sont profondes, trois superficielles.

- | | |
|-------------------------------|---|
| 1 ^o Profondes | { Bourses sous quadricipitales.
Bourses sous rotuliennes. |
| 2 ^o Superficielles | { Bourse prélibiale.
Bourse prérotulienne.
Bourse de Padieu, (angle supéro-externe de la rotule). |

2^o Les Hygromas peuvent atteindre ces diverses bourses séreuses et doivent divisés :

a. Quant à leur évolution en *aigus* et *chronique*.

- | | |
|------------|--|
| Aigus | { Hématiques.
Séreux.
Purulents. |
| Chroniques | { Simples.
Tuberculeux. |

b. Quant à leur siège, en superficiel et profonds, les premiers étant plus fréquents que les seconds.

3^o Les Hygromas de la bourse prétiibiale semblent plus fréquents que ceux de la bourse prérotulienne ; et l'influence professionnelle joue un rôle important dans leur production.

4^o Les formes aiguës non suppurées sont justiciables du traitement par la compression.

Les formes chroniques peuvent être traitées dans certain cas par la fonction. suivie d'injections modificatrice ou par l'extirpation.

L'Incision large convient aux formes suppurées. L'Hygroma tuberculeux demande l'extirpation totale des parties atteinte.

Vu le Président :

STRAUS

Vu le doyen :

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD

